VII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI FINANSÓW PUBLICZNYCH**
(NR 79)
z dnia 26 lipca 2012 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Finansów Publicznych (nr 79)

26 lipca 2012 r.

Komisja Finansów Publicznych, obradująca pod przewodnictwem posła **Dariusza Rosatiego (PO)**, przewodniczącego Komisji, zaopiniowała:

– projekt planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r.,

– sprawozdanie z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r.

W posiedzeniu udział wzięli: **Jakub Szulc** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Agnieszka Pachciaż** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Zbigniew Teter** wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Wraz ze współpracownikami, **Marek Trosiński** wicedyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Ksenia Angierman-Kozielska, Monika Kasprzyk, Michał Nowak, Mariusz Pawełczyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Dariusz Rosati (PO):

Otwieram posiedzenie Komisji Finansów Publicznych. Stwierdzam kworum. Stwierdzam przyjęcie protokołów z posiedzeń Komisji z kwietnia i maja 2012 r. wobec niewniesienia do nich zastrzeżeń ze strony członków Komisji.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje, po pierwsze, zaopiniowanie projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r. i, po drugie, zaopiniowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r. Czy są uwagi do porządku dnia? Nie słyszę. Wobec niezgłoszenia uwag, stwierdzam, że porządek został przyjęty.

W naszym posiedzeniu uczestniczą goście: pani prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, pani Agnieszka Pachciarz. Witam panią. Proszę popatrzeć na nową panią prezes. Jest na co popatrzeć. Towarzyszy jej pan wiceprezes Teter. Mamy również wśród nas sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia pana ministra Jakuba Szulca. Też jest na co popatrzyć.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Narodowy Fundusz Zdrowia ma obowiązek do 15 lipca każdego roku przygotować projekt planu finansowego NFZ na rok następny i przedstawić do zaopiniowania właściwym komisjom sejmowym. Jednocześnie też w połowie lipca Minister Finansów przedstawia do zaopiniowania sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ za rok ubiegły. Właściwe komisje sejmowe: Komisja Zdrowia i Komisja Finansów Publicznych, mają 14 dni na zaopiniowanie tych dokumentów NFZ. Ustawa stanowi, że nieustosunkowanie się przez komisje w tym terminie oznacza pozytywne zaopiniowanie zarówno projektu planu jak i sprawozdania z jego wykonania.

Proponuję, aby debatę nad tymi dokumentami przeprowadzić w sposób łączny, to znaczy poproszę o przedstawienie najpierw obu dokumentów przez przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, następnie będziemy mieli dyskusję. Bardzo proszę, kto z państwa przedstawi projekt planu finansowego najpierw Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r. Pani prezes Pachciarz. Bardzo proszę, udzielam pani głosu.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Agnieszka Pachciarz:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, zwracam się do państwa z prośbą o zaopiniowanie przedłożonego projektu planu finansowego NFZ na 2013 r. na podstawie art. 121 ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym. Plan ten jest przygotowany na podstawie danych wynikających przede wszystkim z prognozy przychodów i kosztów na lata 2013-2015 – Fundusz jest obowiązany taką trzyletnią prognozę tworzyć – a także projektów planów finansowych przekazanych przez dyrektorów oddziałów Funduszu. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów na temat zasad prowadzenia gospodarki finansowej przychody i odpowiadające im koszty zostały opracowane w oparciu o wskaźniki makroekonomiczne, które otrzymujemy z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwa Finansów. W planie tym prezes Funduszu określa wysokość planowanych kosztów dla centrali, w tym kosztów finansowania działalności centrali, rezerwy na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji. – te przepisy dotyczą leczenia cudzoziemców w Polsce – a także planowanych kosztów poszczególnych oddziałów Funduszu, w tym kosztów finansowania działalności oddziałów, rezerwy na koszty świadczeń, w tym w ramach migracji ubezpieczonych, oraz rezerwy, która wynika w tej chwili z ustawy o refundacji oraz łącznych przychodów i kosztów Funduszu.

Jeśli chodzi o wskaźniki makroekonomiczne, jak wspomniałam, wynikają one z danych przekazanych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Są to istotne dla nas dane, bo dotyczą wskaźników wzrostu osób płacących składkę, także dla grupy prowadzącej działalność pozarolniczą, osób pobierających zasiłki przedemerytalne i świadczenia przedemerytalne. Te grupy są objęte różnymi rodzajami składek, w związku z tym dla danych przychodów jest to dla nas bardzo istotna informacja. Są również wskaźniki makroekonomiczne z Ministerstwa Finansów.

Na podstawie tychże danych określiliśmy w planie przychody na rok 2013 w wysokości 67.029.190 tys. zł, co stanowi wzrost o 3,9% w stosunku do planu 2012 r. Opieramy się na porównaniu planu na 2013 r. do planu pierwotnego na 2012 r., co czasami budzi także dyskusje, ale myślę, że są to najbardziej zobiektywizowane dane. Plan później ulega zmianie i trudno powiedzieć, do którego momentu najlepiej porównywać. Porównujemy do planu pierwotnego. Wszystkie dane i zasady ich przedstawiania oparte są o rozporządzenie w tej sprawie.

Jeśli chodzi o przychody, to oczywiście najistotniejszy dla nas element i największy przychodowy to są przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, które zakładamy w wysokości 64.337.568 tys. zł, co stanowi wzrost o ponad 2.000.000 tys. zł – 2.390.000 tys. zł i stanowi do 2012 r. wzrost o 3,84%. Pozostałe przychody to są te wskazane przychody wynikające z przepisów o koordynacji. Tutaj bazujemy na danych z lat poprzednich. One także podlegają wzrostowi. W tym planie określone są na ponad 152.000 tys. zł.

Poza tym dotacje, które dotyczą kilku grup. Dotacje wynikające z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dotyczą grup nieobjętych ubezpieczeniem, w szczególności dzieci oraz grup wymienionych w tejże ustawie: chorób zakaźnych, narkotyków – one, grupy szczególnie objęte opieką, są tam enumeratywnie wymienione. Otrzymujemy na nie dotację zaplanowaną na przyszły rok na poziomie ponad 217.000 tys. zł. Poza tym dodatkową dotacją zupełnie odrębnie finansowane są zadania na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego. Fundusz jest realizatorem dotacji otrzymywanej z budżetu przez wojewodów. Łącznie w skali kraju ta kwota jest przewidziana na ponad 1.839.000 tys. zł na 2013 r. Jest ona zachowana na poziomie 2012 r. Poza tym przychody finansowe i pozostałe przychody w wysokości wskazanej w materiałach, wyższej również niż w latach poprzednim.

Tym wskazanym źródłom przychodów i odpowiednim wysokościom odpowiadają koszty, które wskazujemy, które są o taki sam procent wyższe (3,91% dokładnie), wyższe niż w roku poprzednim, w planie na 2012 r. W tych rodzajach kosztów wskazujemy koszty poboru i ewidencjonowania składek. Wysokość tych kosztów wynika procentowo z ustawy. Jest to na 2013 odpowiednio do planowanej wysokości składek ponad 129.000 tys. zł, przepraszam, 124.000 tys. zł. Poza tym obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną w wysokości 645.376 tys. zł. Wysokość także procentowa jest określo-

na w ustawie. Obliczamy ją na podstawie danych w planie. Najistotniejszy element: oczywiście koszty świadczeń opieki zdrowotnej, które wskazujemy w planie na poziomie 63.270.129 tys. zł, co stanowi łącznie 94,39% w ogóle naszych kosztów, z dotacją na ratownictwo medyczne – prawie 95%. To jest kwota nominalnie wyższa procentowo o 3,83%, ale też jest istotna informacja, o ile jest to realny wzrost. Realny wzrost to jest 1,13%, który też jest pokazany w dokumentach przesłanych do państwa. Poza tym koszty ratownictwa medycznego (nie będę powtarzała już tej kwoty – podana została przy przychodach) koszty administracyjne, które stanowią ponad 682.000 tys. zł, pozostałe koszty i koszty finansowe również w wysokościach wskazanych na podstawie danych z poprzednich lat. One są wyższe niewiele, ale są wyższe niż w latach poprzednich.

Istotnym elementem tego planu jest oczywiście podział między oddziały Funduszu, co odbywa się od 2010 r. na podstawie algorytmu przyjętego przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej w 2009 r. Właśnie nowe zasady algorytmu, które miały na celu zmniejszenie różnic między poszczególnymi regionami. Te wskaźniki, algorytm obecnie oparty jest na podstawie liczby ubezpieczonych zarejestrowanych w danym oddziale (dane te posiadamy z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych) i ta liczba ubezpieczonych jest dzielona wedle płci, wieku i grup ubezpieczonych według rodzajów świadczeń, żeby przypisać odpowiednie ryzyka zdrowotne do poszczególnych grup pacjentów. Te zasady są zmodyfikowane jeszcze dwoma wskaźnikami wskazanymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, które wynikają przede wszystkim z kosztów procedur wysokospecjalistycznych, które określono na procedury powyżej 10 tys. zł. Na tej podstawie tworzy się algorytm. Ten algorytm doprowadził w perspektywie kilku lat funkcjonowania do zmniejszenia różnic między regionami. Część regionów wyraźnie na tym zyskała. Dysponujemy kwotami ogólnie dla oddziałów oraz kosztami *per capita* na pacjenta w danym oddziale, gdzie widać wyraźne zmniejszenie różnicy. Istotny w tym podziale jest także udział, procentowy udział dotychczasowego udziału. Część oddziałów na tym zyskała, 8 ma trochę mniejszy udział we wszystkich kosztach świadczeń niż w poprzednim budżecie, ale żaden oddział, co jest warte podkreślenia, żaden oddział nie otrzymuje niższej kwoty niż w planie na 2012 r., czyli żaden oddział na tym wprost nie traci. Oczywiście wzrost procentowy zwłaszcza jest różny, chociaż z racji różnic w kwotach przeznaczonych w konkretnych oddziałach nie są to te procenty… trzeba także przełożyć na kwoty.

Dyrektorzy oddziałów, tworząc zasady podziału w swoim budżecie między rodzaje świadczeń, opierali się na pewnych wytycznych, które otrzymali z centrali Funduszu. Pozwolę sobie państwu pokrótce te wytyczne, bo ich jest mało, przedstawić z tego powodu, że one są istotne, jeżeli chodzi o wskazanie rodzajów świadczeń, na które chcemy położyć szczególny nacisk w następnym roku. Podstawowe zasady wynikają z przepisów, czyli zachowanie dotychczasowej struktury rodzajowej świadczeń. Ona wynika z ustawy oraz z rozporządzeń koszykowych. Drugą zasadą jest realizacja tych zasad konkursowych, które obowiązują. Część oddziałów będzie przeprowadzała nowe konkursy, także przeanalizowali, w jakich zakresach powinni się spodziewać wzrostu, a z jakimi zakresami oddział sobie da radę. To jest istotne zwłaszcza dla tych oddziałów, którym umowy kończą się w tym roku. Nowe przepisy dotyczące zasad refundacji, także z podziałem na poszczególne punkty refundacji leków od aptecznych przez programy terapeutyczne i chemioterapię oddziały też musiały zaplanować. Bardzo istotną zasadą jest rezerwa na migrację między oddziałami, ponieważ ta sprawa dość długo była dyskusyjna i podlegała długim rozliczeniom między oddziałami. W tej chwili dosyć sprawnie przebiega. Właściwie zakończyliśmy obecnie rozliczania za 2011 r. Bardzo różne są to kwoty, ale dyrektorzy mają przewidzieć na podstawie doświadczeń z minionych okresów kwoty dla pacjentów, którzy z ich terenów leczą się gdzie indziej, i odwrotnie – tych przybywających do ich oddziałów.

Jeżeli chodzi o same rodzaje świadczeń, większy niż przeciętnie zakładany wzrost na ambulatoryjną opiekę zdrowotną, czyli poradnie specjalistyczne. W ubiegłym roku od 1 lipca wprowadzono grupy JGP, czyli nowy system rozliczeń w ambulatorium. Wzrost przewidywany, bo powiedziałam, że wyższy, ale nie powiedziałam jaki, więc już się poprawiam – 4,34% do 2012 r. W 2012 r. między 2011 r. też był bardzo istotny wzrost. Idea była taka, żeby większość pacjentów, znaczy część, która nie musi trafiać do szpitali

na hospitalizację, była leczona w poradniach ambulatoryjnych. Niestety to zjawisko leczenia w szpitalach pacjentów, którzy tego nie wymagają, nadal istnieje i myślę, że ten element wymaga dość dokładnego dopracowania, ponieważ nawet w poradniach specjalistycznych, zabiegowych większość zdecydowana to są porady recepturowe, czyli nie do końca spełniają one swoją rolę. Tę dziedzinę chcemy rozwijać, dążąc ku temu, żeby rzeczywiście z droższego i często niepotrzebnego leczenia szpitalnego pacjenci i lekarze rezygnowali.

Kolejny zakres, na który przewidujemy większy niż w innych dziedzinach wzrost, to opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – wzrost o 4,8%. To wynika z realizacji Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego i Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii oraz innych obowiązków Funduszu, ale widzimy także, co chciałam podkreślić, w opiece psychiatrycznej, która wymaga szczególnej analizy i rzeczywiście zwiększenia środków, ale także pewnie zwiększenia nadzoru.

Kolejny zakres – rehabilitacja lecznicza. Wzrost ponad 6% – 6,66% w stosunku do planu 2012 r. To jest też dziedzina, gdzie system rozliczania będzie ulegał zmianie. Wprowadzono inny system rozliczeń grup jednorodnych w rehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej. Na ten rok planujemy dopracowanie tych grup JGP w rehabilitacji ogólnoustrojowej i pulmonologicznej tak, żeby rzeczywiście dążyć do szybszego wyleczenia pacjenta, żeby z udarowego czy neurologicznego oddziału trafiał na rehabilitację neurologiczną możliwie szybko i wyszedł w możliwie dobrym stanie. Tak samo w kardiologicznej. Żeby to nie było tylko delikatne usprawnianie, ale prawdziwe leczenie, w związku z tym to JGP powinno tam też wejść i doprecyzować grupy pacjentów do rzeczywiście tego ich stanu oraz oceny efektów, bo to jest najbardziej istotne przy rehabilitacji, co jest także przejawem całościowego patrzenia na system, że istotne jest to, że nie tylko ten pacjent wychodzi z wypisem w stanie względnie dobrym, tylko chodzi o to, żeby on nie szedł po prostu na długie zwolnienie, a także żeby ten okres między oddziałami zachowawczymi czy zabiegowymi, a rehabilitacją skracać, bo jeżeli ktoś długo czeka na rehabilitację, to jego szanse na poprawę zdrowia są niższe.

To są wytyczne, które dostały oddziały od centrali, i zgodnie z tymi wytycznymi ustalały swoje plany. Generalnie takich procentów w budżecie dopilnowaliśmy właśnie w zakresie leczenia uzdrowiskowego prawie 6% – 5,83% wzrostu do 2012 r., co wynika na przykład z tego, że zwiększyliśmy już w 2012 r. wycenę procedur na rehabilitację dla dzieci, przepraszam, na leczenie uzdrowiskowe dla dzieci, z którego, jak tutaj zrobiliśmy analizę niedawno, troszeczkę za mało lekarze i mali pacjenci korzystają. Liczymy, że być może zachęcimy do tego … oraz w ogóle skrócenie oczekiwania na leczenie uzdrowiskowe. To w sumie nie są ogromne kwoty, ale sam procent jest wyższy niż przeciętny.

Programy profilaktyczne – także wzrost o prawie 9%, i świadczenia kontraktowane odrębnie – prawie 10% (9,38%) z tego powodu, że prognozujemy wzrost liczby osób dializowanych i osób, pacjentów, którzy podlegają leczeniu z zastosowaniem pompy baklofenowej. To jest też na razie świadczenie kontraktowane odrębnie. To są priorytety, znaczy te dziedziny, gdzie wzrost jest większy niż przeciętnie oczywiście bez zaniedbania pozostałych. W leczeniu szpitalnym ten wzrost jest kwotowo najistotniejszy, bo jest to kwota ponad 1.000.000 tys. zł. Zresztą warto wspomnieć, że na leczenie szpitalne w ostatnich latach ten wzrost był najistotniejszy. W leczeniu szpitalnym oprócz wzrostu samej kwoty przewidujemy także działania w poszczególnych zakresach porządkujące grupy JGP i być może, o co już wczoraj posłowie na posiedzeniu innej komisji nas pytali, urealniające wycenę procedur, przynajmniej tych niektórych. Stworzyliśmy też taką specjalną procedurę, żeby świadczeniodawcy się ze swoją analizą kosztów o nas zgłaszali, bo główny mankament i brak, na który cierpi także Fundusz, to są dane o kosztach świadczeń, na podstawie których można je rzetelnie wycenić.

Na tym może plan skończyłabym, jeżeli pan przewodniczący pozwoli. Mam nadzieję, że za długo i za szybko nie…

Przewodniczący poseł Dariusz Rosati (PO):

Nie, bardzo proszę. Bardzo dziękujemy pani prezes. Teraz, rozumiem, sprawozdanie. Bardzo proszę.

Wiceprezes NFZ Zbigniew Teter:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, sprawozdanie z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r. zostało przygotowane, o czym pan przewodniczący wspomniał, zgodnie z uregulowaniami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Sprawozdanie zostało opracowane na podstawie, po pierwsze, zatwierdzonych przez Radę Oddziałów sprawozdań z wykonania planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu, sporządzonych po przeprowadzeniu badania sprawozdania przez biegłego rewidenta zgodnie ze wzorem określonym w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej NFZ oraz sprawozdania z działalności wyniku centrali.

Niniejsze sprawozdanie obejmuje omówienie realizacji w roku 2011 poszczególnych elementów planowanych przychodów oraz kosztów Funduszu. Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2011 r. został sporządzony zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w oparciu, po pierwsze, o prognozę przychodów Funduszu na lata 2011-2013, po drugie, o prognozę kosztów Funduszu na lata 2011-2013, po trzecie, o projekty planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu przekazane przez dyrektorów oddziałów oraz, po czwarte, projekt planu finansowego centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, co razem zostało zatwierdzone w dniu 13 sierpnia 2010 r. przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.

W zatwierdzonym w tymże dniu, czyli w dniu 13 sierpnia 2010 r., planie finansowym Funduszu na 2011 r., zwanym dalej planem pierwotnym, wartość planowanych przychodów ogółem Funduszu wyznaczono na poziomie 108,8% planowanych wartości przychodów w roku 2010. wyznaczonych w planie finansowym funduszu na 2010 r., zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 16 grudnia 2009 r., zaś wartość przychodów z tytułu składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki przekazywanej do Funduszu przez ZUS i KRUS ustalono na poziomie 109,1% wartości przychodów ze składek określonych w planie finansowym na rok wcześniejszy, czyli na rok 2010. Podobnie, jak w latach poprzednich, pierwotny plan finansowy Funduszu na 2011 r. ulegał w trakcie roku zmianom. Źródłem finansowania zmian planu finansowego Funduszu na 2011 r. były w szczególności środki pochodzące, po pierwsze, z uruchomienia rezerwy ogólnej, po drugie, ze zwiększenia wartości składki należnej brutto uzyskanej za pośrednictwem KRUS, po trzecie, z uzyskanych w trakcie roku ponadplanowych przychodów finansowych, po czwarte, z dotacji budżetu państwa na realizację zadań, o których mowa w art. 97 ustawy, czyli zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości, ustawą o chorobach psychicznych i Karcie Polaka, oraz z funduszu zapasowego Narodowego Funduszu Zdrowia. W wyniku tych zmian budżet Narodowego Funduszu Zdrowia po stronie przychodów został zwiększony o 385.650 tys. z, po stronie kosztów ogółem Funduszu został zwiększony o 1.242.547 tys. zł, w tym plan kosztów świadczeń zdrowotnych Funduszu zwiększono 1.000.640 tys. zł.

Krótko mówiąc, wartość zrealizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w roku 2011 przychodów ogółem wyniosła 60.723.158 tys. zł i stanowiła 100,42% wartości planowanej, natomiast uzyskana dynamika przychodów w odniesieniu do ich wartości w roku poprzednim, w roku 2010, wyniosła 105,45%. Najważniejszy składnik przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia – przychody brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, stanowiły 95,91% ogółu przychodów i obejmowały, po pierwsze, przychody ze składek bieżących w wysokości 58.238.000 tys. zł oraz przychody ze składek z lat ubiegłych w wysokości 140.400 tys. zł. Zgodnie z informacją przekazaną przez ZUS i KRUS w 2011 r. przychody brutto z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne zrealizowane zostały w łącznej wysokości 58.378.720 tys. zł i objęły przychody ze składek bieżących dotyczące roku bieżącego w wysokości 58.238.309 tys. zł, przychody ze składek z lat ubiegłych w wysokości 140.410 tys. zł i były wyższe od wielkości planowanej o 233.866 tys. zł. Pozostałymi elementami przychodów Funduszu są przychody wynikające z przepisów o koordynacji, przepisów dotyczących dotacji z budżetu państwa z tytułu realizacji zadań, o których mowa w art. 97, a które wymieniłem wcześniej, dotacja

z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego, pozostałe przychody i przychody finansowe.

Przejdźmy teraz do drugiej części, czyli do kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia. Wartość zrealizowanych przez NFZ w 2011 r. kosztów ogółem wyniosła 60.923.720 tys. zł i stanowiła 99,34% wartości planowanej, zaś uzyskana dynamika kosztów w odniesieniu do roku poprzedzającego, roku 2010, wyniosła 102,69%. Oczywiście tak, jak powiedziałem, zasadniczym elementem kosztów są koszty świadczeń opieki zdrowotnej, których udział w kosztach wyniósł 95,57%. W oparciu o prognozę kosztów Funduszu na lata 2011-2013 oraz projekty planów finansowych przekazanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, wartość ustalonych w pierwotnym planie finansowym Funduszu na 2011 r. kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wyznaczono w łącznej wysokości 56.663.995 tys. zł. W trakcie 2011 r., o czym wcześniej wspominałem przy zmianach planu finansowego, prezes Funduszu kierował do oddziałów wojewódzkich dodatkowe środki z przeznaczeniem na zwiększenie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. W wyniku dokonywanych zmian planu Funduszu ustalona pierwotnie na 2011 r. wartość kosztów świadczeń zdrowotnych Funduszu została zwiększona łącznie o 1.640.656 tys. zł, w tym w oddziałach wojewódzkich Funduszu o 1.737.847 tys. zł, i w ostatecznym planie Funduszu osiągnęła wartość 58.304.651 tys. zł.

Źródłem finansowania wzrostu nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej były środki pochodzące, po pierwsze, z uruchomienia części środków finansowych ujętych w funduszu zapasowym Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z rozdysponowaniem zysku netto Funduszu na lata 2005-2008 w łącznej wysokości 856.897 tys. zł, uruchomienia rezerwy ogólnej w łącznej kwocie 580.013 tys. zł, ze zwiększenia planowanej na 2011 r. wartości składki należnej brutto przekazywanej za pośrednictwem KRUS oraz uzyskanych w trakcie roku ponadplanowych przychodów w łącznej wysokości 141.581 tys. zł i z dotacji z budżetu państwa na realizację zdań, o których mowa w art. 97 ustawy, o 159.356 tys. zł.

W wyniku dokonanych zmian planowanej na 2011 r. wartości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej uzyskano wzrost planowanych nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej łącznie o 2,9% w stosunku do ujętych w pierwotnym planie finansowym Funduszu na 2011 r. Poniesione przez Fundusz koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły w 2011 r. 58.224.321 tys. zł i były: niższe od wielkości planowanej o 80.330 tys. zł oraz wyższe od poniesionych w 2010 r. o 1.580.410 tys. zł, to jest wyższe o 2,79%. Prowadzone w trakcie 2011 r. renegocjacje wartości kontraktów ze świadczeniodawcami oraz dokonywana w planach oddziałów wojewódzkich Funduszu alokacja dodatkowych środków finansowych kierowanych głównie do oddziałów Funduszu w kolejnych zmianach planu finansowego ukierunkowane były w szczególności na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych i to w tych obszarach, w których występowało na nie największe zapotrzebowanie. Największą dynamikę poniesionych w 2011 r. kosztów świadczeń zdrowotnych w stosunku do ich wykonania w 2010 r. odnotowano w kosztach realizacji świadczeń wynikających z przepisów o koordynacji (to był wzrost o 40,35%), kosztach profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu (wzrost o 12,21%) i również największy udział w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej miały koszty: leczenia szpitalnego, co stanowiło 47,32%, refundacji cen leków – 15,17%, podstawowej opieki zdrowotnej – 15,6%.

Wynik finansowy, jaki Narodowy Fundusz Zdrowia uzyskał na koniec 2011 r, to jest wynik ujemny finansowy w łącznej wysokości 199.914 tys. zł, który objął: wyniki finansowe oddziałów wojewódzkich Funduszu, których łączna wartość wyniosła minus 454.952 tys. zł, dodatni wynik finansowy centrali Funduszu w wysokości 255.038 tys. zł.

Z czego wynikał ten poziom odnotowanego w 2011 r. wyniku finansowego Funduszu? W szczególności był konsekwencją wyższej niż planowano realizacji przychodów brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazanych zarówno przez ZUS jak i przez KRUS łącznie o 233.866 tys. zł, niepełnej realizacji łącznego planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 80.333 tys. zł, zwiększenia w trybie art. 129 ust. 3 ustawy jedynie

po stronie kosztów świadczeń zdrowotnych o dodatkowe środki finansowe pochodzące z funduszu zapasowego Funduszu w łącznej wysokości 856.897 tys. zł.

Kończąc, chciałbym powiedzieć, że, po pierwsze, to sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r. skontrolowała zewnętrzna firma audytorska. Rada Narodowego Funduszu Zdrowia uchwałą z dnia 28 czerwca przyjęła wyżej wymienione sprawozdanie. W dniu wczorajszym sejmowa Komisja Zdrowia wydała pozytywną opinię na temat tego sprawozdania.

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, zwracam się z prośbą o opinię na temat sprawozdania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Dariusz Rosati (PO):

Bardzo dziękuję, panie prezesie. Informuję Komisję, że zgodnie z wymogami ustawowymi właśnie Komisje: Zdrowia i Finansów Publicznych, formułują opinię na temat zarówno planu finansowego jak i sprawozdania finansowego. Z prośbą o taką opinię zwrócił się do nas Minister Finansów. Mamy tutaj również opinię Ministra Zdrowia, który nie wnosi zastrzeżeń do przedstawionych: sprawozdania i planu. W związku z tym mamy wszystkie niezbędne elementy do tego, aby taką opinię przyjąć. Bardzo proszę, otwieram dyskusję. Kto z pań i panów posłów chciałby się wypowiedzieć? Proszę bardzo, pani poseł Masłowska.

Poseł Gabriela Masłowska (PiS):

Dziękuję. Szanowni państwo, po przeanalizowaniu sprawozdania oraz planu Narodowego Funduszu Zdrowia nie ma podstaw do optymizmu. Uważam, że obraz finansowania służby zdrowia powinien budzić niepokój. Przede wszystkim problem polega na tym, że na ochronę zdrowia przeznaczane są niedostateczne środki w stosunku do faktycznych potrzeb. Twierdzicie państwo, że nastąpi wzrost nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej o 3% – 3,8%. Zestawmy ten wskaźnik ze wskaźnikiem inflacji. W tym roku wskaźnik inflacji mierzony średnim poziomem cen artykułów konsumpcyjnych wynosi 4%. Na rok następny jest zaplanowany na poziomie 2,6%. Najprawdopodobniej będzie to wyższy poziom. Co to oznacza? Oznacza to, że wzrost nakładów w 2011 r. w stosunku do 2010 r., przepraszam, w 2013 r. do 2012 r. zostanie pochłonięty przez wzrost cen, wzrost kosztów świadczenia tych usług, co oznacza, że nie przełoży się to na wyższą jakość czy większą dostępność tych usług. Sytuacja w tym względzie w niektórych miejscach: miastach i miejscowościach, jest dramatyczna do tego stopnia, że na bardzo ważne zabiegi trzeba oczekiwać kilka miesięcy i lat, co uważam, jest rzeczą wstydliwą dla władzy na tym poziomie rozwoju cywilizacyjnego. Plan Narodowego Funduszu finansowania świadczeń nie rokuje tutaj poprawy.

Następna kwestia nadal bardzo ważna to utrzymujące się różnice pomiędzy oddziałami wojewódzkimi, czyli pomiędzy województwami. Algorytm, który został zastosowany, on owszem, częściowo spłaszczył te różnice, ale potem, jak państwo pamiętają, te różnice zostały ponownie przywrócone w wyniku ręcznego podziału rezerwy przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, czyli jakby poza tym wynikającym z algorytmu. I co się okazuje? Że na rok 2013 w planie oddziały i województwa, które były pokrzywdzone w dostępie do środków na finansowanie świadczeń zdrowotnych, znalazły się w gorszej sytuacji w stosunku do innych. Bo jeżeli popatrzymy na udział poszczególnych oddziałów Narodowego Funduszu w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej – to jest tabela na stronie 21 planu – to z tego wynika, że na przykład udział województwa lubelskiego w ogólnych nakładach zmniejsza się, a jest to jedno z województw, które pozostawało bardzo wyraźnie poniżej poziomu średniego, nie mówiąc już o tych preferowanych oddziałach, preferowanych województwach, prawda? Tak, mimo że w kwotach, czyli nominalnie, zwiększy się udział nakładów na ochronę zdrowia w województwie lubelskim, to jednak w porównaniu z innymi oddziałami uwstecznia się to województwo, zresztą województwo, które tutaj reprezentuję, ale w podobnej sytuacji jest 8 innych oddziałów. Czyli te nadzieje na poprawę sytuacji w kilku województwach, które tego wymagały, jak widzimy… nie ma tych nadziei. Tu nie ma tendencji takiej wyraźnej, że następuje poprawa w tych województwach. Mamy 8 oddziałów Funduszu, w tym Lubelskie, Świętokrzyskie, Podlaskie, Opolskie, w których udział w dostępie do środków Narodowego

Funduszu Zdrowia się zmniejsza, a oczekiwalibyśmy, żeby tendencja wyrównywania różnic była jednak bardziej wyraźna i żeby ona się jednoznacznie utrzymywała, żeby była bardziej konsekwentnie utrzymywana w polityce finansowania świadczeń, a tego niestety nie potwierdza tabela na stronie 21.

Przekłada się to także na wskaźniki dynamiki nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej. Akurat to województwo ma jeden z najniższych wskaźników dynamiki tych świadczeń. Poza kwestiami nadal utrzymującego się i powracającego zróżnicowania, a miało być inaczej, i niedostatecznych środków na sprawne funkcjonowanie ochrony zdrowia można mieć jeszcze wątpliwości co do tego, że takim rodzajem świadczeń, które są tu szczególnie jakby pokrzywdzone w dostępie do środków publicznych, jest podstawowa opieka zdrowotna. Proszę popatrzyć na tabelę na stronie 26 – podstawowa opieka zdrowotna, gdzie dynamika nakładów we wszystkich oddziałach w Polsce jest tylko 1,1%, nie mówiąc już o leczeniu stomatologicznym, gdzie ta dynamika wzrostu nakładów wynosi mniej niż 1%, a więc biorąc pod uwagę inflację, realnie nakłady na te rodzaje świadczeń ulegną zmniejszeniu. Czyżby rzeczywiście stan w tym zakresie zdrowia w naszym społeczeństwie był tak zadowalający, że możemy sobie pozwolić na to, żeby wzorem poprzedniego roku nadal ograniczać nakłady na leczenie stomatologiczne?

Jest następna jeszcze kwestia nadwykonań. Nie zostały zapłacona nadwykonania niektórym szpitalom za świadczenia jeszcze z roku 2008. Chciałam zapytać, ile wynosi kwota niezapłaconych nadwykonań za rok 2008, 2009 i w latach kolejnych? Jakie to są kwoty? Ile wynoszą, jeżeli mogę zadać tutaj szczegółowe pytania, a myślę, że mogę, ile wynoszą niezapłacone nadwykonania szpitalom w województwie lubelskim z roku 2008 i 2009? Proszę państwa, niezapłacone nadwykonania przez kilka lat – od roku 2008 minęło 4 czy 5 lat – powodują po prostu, krótko mówiąc, paraliż funkcjonowania służby zdrowia w wielu miasteczkach, gdzie te szpitale, mając nadwykonania nieuregulowane, popadają w kłopoty, w dalsze zadłużenie.

Kolejną sprawą jest niska wycena świadczeń. To jest problem, jedna z przyczyn, poza niedostatecznymi kwotami w ogóle przeznaczonymi na ochronę zdrowia, niska wycena świadczeń za punkt czy też po prostu w ogóle niska wycena świadczeń i brak działań w kierunku urealnienia ceny za poszczególne świadczenia, które by pokrywały koszty, nie wpędzając w ten sposób w kłopoty świadczeniodawców. Czy Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Funduszu Zdrowia, ponieważ kwestia zbytniej niskiej i nieadekwatnej do kosztów wyceny świadczeń pojawia się już od kilku lat i jest podnoszona przez różne środowiska, czy Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia podjęły w tym kierunku jakieś działania, jakiś wysiłek, ażeby urealnić wycenę poszczególnych świadczeń w zakresie ochrony zdrowia?

Tym bardziej, że w 2013 r. będzie miała miejsce fala przekształceń szpitali publicznych w spółki prawa handlowego. To jest ten państwa eksperyment. Przed tym eksperymentem nic państwo nie uczyniliście, żeby chociażby dokonując w porę urealnienia wyceny świadczeń, pomóc niektórym podmiotom, żeby mogły one utrzymać się jako podmioty publiczne. Przy okazji chciałabym zapytać, czy Narodowy Fundusz i ministerstwo przeprowadziło analizę skutków dotychczasowych przekształceń szpitali? Czy posiadacie państwo takie opracowania, które by w sposób dogłębny i wszechstronny pokazywały rezultaty szpitali w spółki prawa handlowego, ponieważ jeżeli przyzwalamy, a nawet, przepraszam, inspirujemy na taką skalę przekształcenia, dobrze byłoby mieć jasny obraz sytuacji, czym zaowocowały dotychczasowe tego typu praktyki, eksperymenty. Czy państwo posiadacie takie opracowania i gdzie można się z nimi zapoznać?

Jedno pytanie dotyczące także planu. Dlaczego państwo proponujecie wyraźnie większy wzrost nakładów na lecznictwo uzdrowiskowe, skoro w roku przyszłym, czy wkrótce, a może nawet w tym roku, zamierzacie sprzedać 6 z 7 uzdrowisk? Z naszych informacji wynika, że za te uzdrowiska spodziewacie się państwo uzyskać kwotę około 120.000 tys. zł – 130.000 tys. zł, podczas gdy w ostatnich latach na remont niektórych tylko uzdrowisk pojedynczych wydano po około 60.000 tys. zł. …Łączy się, pani poseł, dlatego że mamy tutaj zaplanowane także wydatki na lecznictwo uzdrowiskowe. O tym pani wie. Wydatki na lecznictwo uzdrowiskowe wykazują dynamikę 5,8%. Jest to wy-

raźnie ponad średnią dynamikę świadczeń. Proszę mi nie przerywać i mi nie wmawiać, że nie rozumiem, o czym mówię.

Następna kwestia. Media donosiły ostatnio, że spadły środki Narodowego Funduszu z powodu spadku odpisów ze składek. Szacowano to na 800.000 tys. zł. Czy państwo to potwierdzacie? Jeśli tak, to czy już w planie na rok następny ten problem został już uwzględniony? Czy państwo już uwzględniliście, że za pierwsze półrocze będą niższe?

O podstawowej opiece zdrowotnej mówiłam. O cenie punktu mówiłam. Jest jeszcze jedna kwestia dysproporcji w finansowaniu świadczeń pomiędzy specjalizacjami, specjalnościami. Na przykład chodzi o to, że onkologia czy kardiologia mają, jak wynika z dokumentów, uprzywilejowany dostęp kosztem innych. Może też niepokój budzić spadek nakładów, czy mniejsza dynamika nakładów na ratownictwo medyczne. To już w ubiegłym roku się zarysowało. W praktyce także były negatywne tego skutki – dały się zauważyć już w ciągu roku. Z czego wynika koszt ponadprzeciętny niektórych składników kosztów, które sięgają, na przykład koszty finansowe, 160%? Mam pytanie, jakie są koszty związane z dochodzeniem w sądach zobowiązań z tytułu niezapłaconych nadwykonań w przypadku, kiedy sądy stwierdzą, że dane świadczenia można było zakwalifikować jako ratujące życie? Ile z tego powodu Narodowy Fundusz Zdrowia ponosi kosztów chociażby na odsetki od wyroków sądowych? Jaka to jest skala wielkości, bo sądzę, że to są duże kwoty i wobec tego trzeba byłoby po prostu może bardziej precyzyjnie podejmować decyzje na etapie określania tych limitów tak, żeby uniknąć tak dużych kosztów sądowych. Proszę o odpowiedź na te pytania.

Przewodniczący poseł Dariusz Rosati (PO):

Dziękuję. Pan przewodniczący Łopata, bardzo proszę.

Poseł Jan Łopata (PSL):

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, pani minister, pani prezes, może nie pytanie, ale prośba o zobowiązanie takie wzajemne, umowę. Otóż, tworząc plan finansowy, zresztą w każdej instytucji, tworzy się pewne rezerwy. Tu mam na myśli oczywiście ten fundusz zapasowy, który jest tworzony. To jest oczywiste i naturalne, bo każdy z szefów różnych jednostek, w tym Narodowego Funduszu Zdrowia, potrzebuje mieć jakiś zapas jakąś rezerwę na nieprzewidziane wydatki. Budzi frustrację, tak to określę, potem sam podział. Może nawet już nie o to chodzi, że dokonano tego podziału w taki sposób, że jedno województwo otrzymało prawie całość tego funduszu zapasowego w ubiegłym roku, tylko o to, że to się odbywa bez jakiejkolwiek informacji, wiedzy Komisji Zdrowia, Komisji Finansów Publicznych. Nie dążę do tego, żeby to poddawać pod podział zgodny z algorytmem, bo może to też byłoby jakąś taką, powiedzmy, nadregulacją. To jednak, żeby propozycję podziału przedstawiał prezes Komisji Zdrowia, Komisji Finansów Publicznych Sejmu Rzeczypospolitej, wydaje się rzeczą oczywistą. Po tym podziale w ubiegłym roku przez pani poprzednika pisałem interpelację. Pan minister Szulc udzielił mi bardzo grzecznie odpowiedzi i zgodnie z prawem napisał, że ustawa o świadczeniach art. 129 ust. 3 i 4 tak opisuje… I ja to wiem. Pracujemy nad zmianą tej ustawy, by zapisać konieczność opiniowania, ale póki ta ustawa nie zostanie zmieniona, czy możemy się umówić, że jednak ten fundusz zapasowy będzie pani konsultowała, opiniowała, nawet bez żadnych zobowiązań, ale żeby nie wywoływać potem słusznych moim zdaniem uwag posłów z innych województw, bo nie ma wiedzy, nie ma świadomości. Być może się mazowieckiemu tak należało – wymieniłem już wprost, które to województwo otrzymało – ale my wątpimy, tak mówiąc uczciwie, z lubelskiego w szczególności. Stąd też bardzo bym prosił o takie potraktowanie, póki ustawa nie zabrania takiego podziału. Nie stoi nic naprzeciw, żebyśmy tę wiedzę mieli wcześniej, nim ten podpis zostanie złożony. To jest moja prośba i to moje pytanie.

Przewodniczący poseł Dariusz Rosati (PO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Szmit.

Poseł Jerzy Szmit (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, pani prezes, szanowna Komisjo, otóż chciałbym postawić kilka pytań, które, myślę, że na początku szczególnie funkcjonowania pani pre-

zes na tym stanowisku są zrozumiałe. Jeżeli mógłbym uzyskać pani opinie, które się wiążą również z pewnym programem, jaki sobie pani, rozumiem, na tym stanowisku stawia. Otóż dyskusja, którą prowadzimy dzisiaj dotyczy również art. 68 konstytucji, czyli:

„Art. 68. 1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.

2. Obywatelom niezależnie od sytuacji materialnej władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

3. Władze publiczne są zobowiązane do zapewniania szczególnej opieki dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku".

Można by było w polskim systemie opieki zdrowotnej pokazywać odstępstwo od tych konstytucyjnych zasad. Była już na ten temat mowa, jeżeli chodzi o algorytm podziału środków: jedne województwa dostały więcej, inne drugie mniej. Natomiast ja chciałbym panią zapytać o taki najbardziej rażący przypadek łamania tych zasad, mianowicie limity dla dzieci, osób niepełnosprawnych czy dla osób starszych, limity, które obowiązują przy wielu świadczeniach i rzeczywiście tę konstytucyjną zasadę łamią. Czy pani chciałaby dążyć, czy jest pani wolą dążenie do tego, aby te zasady realizować, czyli umożliwić pełen dostęp szczególnie tym osobom wymienionym wprost w konstytucji do świadczeń?

To się łączy również z problemem, który był wielokrotnie dyskutowany, mianowicie określenia koszyka świadczeń gwarantowanych. Czy w pani zamiarach, w pani planach jest dążenie do opisania wreszcie tego koszyka, który również jeżeli chodzi o to odniesienie konstytucyjne, ale też i takie potoczne, jeżeli chodzi o klientów służby zdrowia w Polsce, na pewno miałby ogromne znacznie – uspokoiłoby to sytuację?

I pytania bardziej szczegółowe. Otóż, dlaczego praca personelu medycznego w szpitalach nie jest zaliczana jako koszt, za który jest płacone świadczenie dla tych konkretnych szpitali? Taki sygnał otrzymałem od środowiska i chciałbym, żeby się pani do niego odniosła.

I jeszcze pytanie bardzo szczegółowe dotyczące województwa warmińsko-mazurskiego. Czy pani planuje zmienić niekorzystny przelicznik, który obowiązuje w lecznictwie psychiatrycznym w województwie warmińsko-mazurskim, które otrzymuje zdecydowanie mniej środków związanych z wyceną za punkt w stosunku do innych województw, szczególnie do wspominanego tutaj już wcześniej województwa mazowieckiego? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Dariusz Rosati (PO):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca Skowrońska.

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Dziękuję bardzo, ale chciałabym rozpocząć od tego, że nasza pamięć powinna być dobra, panie przewodniczący. *Ad vocem* do wystąpienia pani poseł Masłowskiej, która próbowała skrytykować wszystko w czambuł, chciałabym powiedzieć, że w 2007 r. wprowadzony algorytm w tym przypadku wyjątkowo krzywdził województwa, ustalając dochody, które są przeznaczane na leczenie, w zależności od dochodowości w gospodarstwie. Dotykało to między innymi województwo lubelskie – pani poseł, nie widziałam protestów. Starałam się doprowadzić z grupą posłów z Platformy Obywatelskiej, że od 2009 r. zmieniony został algorytm i w tym przypadku powoli krok po kroku rozwiązanie idzie w tym kierunku, aby zrównoważyć pieniądze przeznaczone na jednego ubezpieczonego. Na pewno możemy powiedzieć, że jest poprawa.

Zatem do rzeczy, które są sprawami bieżącymi, miałam okazję zadawać pytania w dniu wczorajszym na posiedzeniu Komisji Zdrowia jako że jestem członkiem tej Komisji. Spróbuję w tym zakresie zadać konkretne pytania. Założenia planu finansowego na rok 2013 przygotowywane są w oparciu o wskaźniki, które przekazuje Minister Finansów do budżetu. Zatem w kontekście postawionego pytania przez panią poseł Masłowską, która narzeka, że jest mało pieniędzy, wydaje się jedyną konkretną odpowiedzią, że należałoby podnieść składkę zdrowotną. Pani prezes, czy należy poprawnie w świetle obowiązujących przepisów prawa tak zaproponować? Zatem, jeśli pani poseł wnioskuje o większe pieniądze, to moja prośba do przedmówcy, żeby złożyć wniosek, aby podnieść składkę zdrowotną, bo tylko w ten sposób można dać więcej pieniędzy na oddziały.

Zbiór składki na Fundusz odbywa się w oparciu o wszystkim znane dotychczas kryteria. Moje pytania są dwa do planu finansowego na rok 2013 i do działań pani prezes w tym zakresie. Pierwsze, które podnoszono – rozwiązywanie rezerwy. Jeżeli w obowiązujących przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych przez państwo mamy, iż każdą zmianę zwiększenia poboru składek i zmiany w tym zakresie przypisania środków przeznaczonych na leczenie przez poszczególne oddziały dokonuje Komisja Finansów, rozwiązanie rezerwy i przeznaczenie jej na poszczególne województwa jest wyjątkiem. Jednak czy czytając literalnie przepis dotyczący zmiany planu finansowego, nie należałoby jednak, nawet bez zmiany przepisów, stwierdzić, po pierwsze, że jest to zmiana planu finansowego (w rzeczywistości tak się odbywa), i po drugie, powinno być opiniowane przez Komisję Finansów Publicznych i Komisję Zdrowia? To jest jedna rzecz, bo interpretacja państwa – to pytanie do Ministra Zdrowia – interpretacja stosowania tych przepisów powoduje, że dozwolona była taka procedura bez zasięgania opinii Komisji Finansów i Komisji Zdrowia, uznać jednak należy, że jest to zmiana planu finansowego, i tak czy tak powinna być konsultowana.

Drugie pytanie moje to… Podział na poszczególne oddziały odbywa się w oparciu o określony algorytm i bardziej lub mniej możemy być z tego zadowoleni. Na pewno jesteśmy bardziej zadowoleni, niż gdyby obowiązywał algorytm z roku 2007, bo wtedy w tych regionach, które mają mniejszy dochód na jednego mieszkańca na gospodarstwo, zdecydowanie ta różnica byłaby jeszcze większa i miałyby mniej pieniędzy, ale moje pytanie jest inne. Konstruując podział środków na poszczególne świadczenia przez oddziały wojewódzkie, który jest zbiorówką do tego planu finansowego, czy pani prezes wie, jak przeznaczono środki na poszczególne świadczenia, aby można było mówić o zmniejszeniu kolejki, bo to są rzeczy niezwykle ważne?

I ostatnie moje pytanie. Jakie działania pani prezes podejmie, aby w zakresie płacenia za migrację dla poszczególnych oddziałów – tu mówię w interesie pewnie zarówno pacjentów, ale również w interesie wszystkich oddziałów, bo jedne zapłaciły za migrację dotychczasową, a inne prawdopodobnie jeszcze nie – jakie działania w roku 2013 pani prezes podejmie, aby płacono, bo wiemy, że Mazowsze było niezadowolone z tego, że nie płacone miało za świadczenia migracyjne, aby w terminie możliwie krótkim były te sprawy zobowiązań pomiędzy oddziałami wyregulowane, a w przyszłości żeby takie rzeczy nie występowały?

Przewodniczący poseł Dariusz Rosati (PO):

Dziękuję bardzo. Chciałbym zapytać, kto jeszcze z pań i panów posłów chciałby zabrać głos? Mam na liście panią poseł Zubę i pana posła Żyżyńskiego. Jeśli nie ma innych zgłoszeń, to zamykam listę mówców. Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Maria Zuba (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Na wstępie mam prośbę, abyśmy nie obniżali poziomu naszej debaty i żeby pan przewodniczący nie dopuszczał, aby poseł oceniał wypowiedź drugiego posła i wkładał w usta swojego poprzednika słowa, które nie zostały powiedziane. To jest bardzo nieetyczne i jeżeli ktoś nie ma odwagi sam wyartykułować pewnych wniosków, to niech nie czyni tego w ten sposób, że wkłada to w usta innego posła. Bardzo proszę, żeby to było uszanowane, bo staje się to nagminną praktyką w naszej właśnie Komisji, gdzie ktoś się uznaje za specjalistę w każdym zakresie.

Natomiast mam pytanie do pani prezes. Ponieważ analizując tutaj te dane, wynika, że nie wszystkie województwa zostały w sposób jednakowy potraktowane. Stąd moje pytanie. W których województwach nastąpiła komercjalizacja szpitali? Jak wygląda ta sieć skomercjalizowanych szpitali? Jak za tym idą kolejki do specjalistów nie tylko w tych właśnie województwach, ale ogólnie? Czy obserwujecie państwo takie zjawisko, że tam właśnie, gdzie są skomercjalizowane szpitale, tak się zmniejszyły kolejki? Czy nie mają problemów finansowych? Jak te szpitale funkcjonują na dzień dzisiejszy? I ogólnie, czy te założenia, które przyjęliście państwo do planów zakładają właśnie zmniejszenie kolejek i w jakim stopniu ich zmniejszenie? Proszę mi powiedzieć, dlaczego właśnie na przykład w województwie świętokrzyskim przyjęliście państwo takie rozwiązanie, które jednak powoduje zmniejszenie nakładów na świadczenia zdrowotne? Jest to wojewódz-

two o bardzo trudnych warunkach gospodarczych i społecznych. Wskaźnik udziałów w poszczególnych oddziałach wojewódzkich niestety w naszym województwie świętokrzyskim jest ujemny. Jakimi kryteriami państwo kierowali się, stosując taki właśnie podział? Myślę, że tutaj mówienie o tym, zmiana algorytmu poprawiła sytuację, jest bardzo błędne, bo w tym momencie powinniśmy, panie i panowie posłowie, mieć na uwadze to, że w ciągu roku dokonywane są zmiany. Środki, jakie płyną w wyniku tych zmian do województw, powodują, że to, co my tutaj na Komisji decydujemy, to jest jedno, a jak przebiega faktyczny przepływ środków, to drugie. Prawda jest taka, że właśnie działania podejmowane w ciągu roku powodują, że zupełnie te nożyce się rozwierają i w tym momencie środki płyną do tych województw, gdzie właśnie udało się wnioskodawcom dotrzeć ucha prezesa. I tutaj bardzo proszę o te informacje. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Dariusz Rosati (PO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Żyżyński jako ostatni.

Poseł Jerzy Żyżyński (PiS):

Dziękuję bardzo. Ponieważ zajmowałem się w swojej pracy badawczej kwestią finansowania ochrony zdrowia, chciałem panią poseł Skowrońską poinformować, że Polska jest absolutnie w ogonku Europy, jeśli chodzi o poziom nakładów na ochronę zdrowia przy jednocześnie stosunkowo niskim udziale środków publicznych relatywnie w stosunku do innych krajów. Czym to jest spowodowane? A tym, że nasza składka jest bardzo niska. W krajach porównywalnych z Polską ona jest 13% do 14%, a nawet 15% w stosunku do wyższych wynagrodzeń niż w Polsce. W Polsce wynagrodzenia są niższe, a jednocześnie jest chęć ucieczki na tak zwane umowy śmieciowe i tak dalej. Warto o tym wiedzieć z tym, że oczywiście nie można zwiększyć składki na ochronę zdrowia, która obciążą nas już dosyć wysokim podatkiem, bo jest to elementem naszego podatku. Naszych dochodów osobistych nie można obciążyć, ale Polska jest jedynym krajem, szanowna pani poseł, jedynym krajem, który nie nakłada obowiązku dofinansowania ochrony zdrowia na pracodawców, ponieważ inne kraje mają składkę wyższą w stosunku do wynagrodzeń pracowników, ale udział w tej składce maja pracodawcy: od 50% poziomu składki… od 30% do 50% składki – trochę to źle sformułowałem. Także warto o tym wiedzieć.

Natomiast chciałem panią prezes zapytać… Gratuluję w ogóle wyboru. Liczymy na to wszyscy, że będzie pani lepszym, że tak powiem, kierownikiem tej ważnej instytucji niż poprzedni prezes, do którego mieliśmy poważne wątpliwości. Chciałbym natomiast zapytać panią, jaki wzrost kosztów nastąpi w sanatoriach, ponieważ ta prywatyzacja zapowiadana będzie chyba się wiązała ze wzrostem kosztów finansowania lecznictwa sanatoryjnego ze strony NFZ? Może się mylę, ale proszę mnie ewentualnie poinformować. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Dariusz Rosati (PO):

Dziękuję bardzo. *Ad vocem* pani przewodnicząca Skowrońska.

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Dziękuję za tę informację, panie profesorze, ale ja ją znam. Tak było w przeszłości. To nie jest rzecz, która się pojawia dzisiaj. Nakłady na ochronę zdrowia z chwilą pojawienia się i budowania Narodowego Funduszu od samego początku, od samego początku mieliśmy mniejsze. Moje wystąpienie dotyczyło tylko tego, że jeżeli chcemy mieć więcej pieniędzy, to w tej sytuacji tak, jak pan powiedział, albo na pracodawców trzeba nałożyć taki obowiązek i trzeba taki projekt przedłożyć, albo trzeba podnieść składkę. I to jest jedyna rzecz. Dzisiaj, myślę, próbujemy uszczelnić ten system tak, aby on jak najlepiej funkcjonował, bo prawdopodobnie państwo nie składacie takiego projektu, bo po prostu ludzi na to nie stać.

I w tym przypadku, jeżeli już jestem przy głosie, doskonale o tym wiemy, że przy tych niskich pieniądzach na leczenie pacjentów przy zdrowiu publicznym w stosunku do krajów, które mają zdecydowanie wyższe nakłady na zdrowie, jednak nasza dożywalność, czyli wiek, do którego żyjemy, czyli średnia wieku, jest wyższa w stosunku do niektórych krajów, które mają większe pieniądze na ochronę zdrowia. To też jest informacja statystyczna.

Poseł Jerzy Żyżyński (PiS):

Ale wie pani, jak jest z dostępem do specjalistów. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Dariusz Rosati (PO):

Dobrze, zamykamy dyskusję. Proponuję państwu kontynuować ewentualnie po zakończeniu posiedzenia Komisji. Chciałem teraz prosić przedstawicieli NFZ i ministerstwa o ustosunkowanie się do podniesionych kwestii. Pan minister Szulc najpierw, tak?

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Tak. Bardzo serdecznie dziękuję, panie przewodniczący. Do tych kwestii, które były adresowane, a które bezpośrednio albo pośrednio dotyczą Ministra Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia. Znaczy, panu posłowi trzeba przyznać rację, bo faktycznie, jeżeli rozpoczniemy dyskusję na temat tego, jaki jest poziom składki, jaki jest poziom wydatków na zdrowie w Polsce w relacji do innych krajów czy to Unii Europejskiej, czy OECD, czy też zestawimy nakłady publiczne na ochronę zdrowia i spojrzymy, jak tutaj jest umiejscowiona Polska, to tutaj absolutna racja i nikt tego w żaden sposób nie ukrywa, że Polska, mówiąc delikatnie, liderem nie jest. W moim przekonaniu nakłady bezpośrednie na ochronę zdrowia to jeszcze nie wszystko, bo jeszcze mamy do czynienia z kwestią, że oprócz wydatków, które są potrzebne i powinny być większe, powinniśmy także mówić o tym, w jaki sposób jest ustawiony sam system finansowania ochrony zdrowia, co ma tak naprawdę tutaj kluczowe znaczenie. Ale ja rozumiem, że nie to jest tak naprawdę przedmiotem dyskusji dzisiejszego posiedzenia Komisji, gdzie rozpatrujemy sprawozdanie z wykonania planu finansowego i opiniujemy projekt planu finansowego na rok 2013. Taką dyskusję ogólną też oczywiście jesteśmy gotowi odbyć, ale myślę, że trzeba by było ten temat potraktować zdecydowanie bardziej dogłębnie i szeroko niż tylko poświęcić mu kilka słów przy okazji niejako projektu planu finansowego.

Natomiast odnosząc się do tych kwestii, które były przez szanownych państwa posłów poruszane, pierwsza rzecz, o której trzeba powiedzieć w odniesieniu do tych pytań, które pojawiły się na temat różnic w finansowaniu pomiędzy poszczególnymi województwami a także różnej przede wszystkim dynamiki przyrostu środków do poszczególnych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, czyli na stronie 21 bądź 24 projektu planu finansowego, musimy zwrócić uwagę, że sama dynamika przyrostu środków jeszcze o niczym nie świadczy. Dlatego, że ona pokazuje tylko i wyłącznie, jak wygląda relacja prognozy roku poprzedniego do tego, z czym mamy do czynienia dzisiaj. Natomiast zmiana algorytmu w roku 2009, która weszła w życie od 1 stycznia 2010 r., czyli miała zastosowanie po raz pierwszy do planu finansowego Funduszu na rok 2010 r., gdzie mówiliśmy o tym, że jej podstawowym zadaniem jest spłaszczenie różnic pomiędzy nakładami na leczenie pacjentów w różnych oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, tak naprawdę na dzisiaj w sposób doskonały w moim przekonaniu została zrealizowana, bo wystarczy, jeżeli cofniemy się odrobinę w czasie. Spójrzmy, co dzieje się w roku 2007. W 2007 r. rozpiętość wydatków *per capita,* wydatków na osobę pomiędzy najbiedniejszych a najbogatszym województwem to było około 240 zł. Dokładnie wyglądało to tak, że najbiedniejsze województwo w tym czasie przeznaczało na leczenie pacjenta 941 zł, najbogatsze 1197 zł. Dzisiaj, cztery-pięć lat później w momencie, kiedy siedzimy nad planem, opiniujemy plan finansowy na 2013 r. ta rozpiętość z 240 zł zmniejszyła się do 120 zł. Dzisiaj najbiedniejsze województwo, czyli najbiedniejsze w tym sensie, że wydające najmniej na leczenie *per capita* ma 1598 zł na pacjenta, a najbogatsze – 1722 zł. Czyli różnica pomiędzy najbiedniejszym a najbogatszym województwem spadła z 240 zł do 120 zł przy jednoczesnym wzroście środków na poziomie ponad 60%, bo tutaj mieliśmy średnio 1000 zł na pacjenta, w tym momencie mamy 1677 zł *per capita*.

I jeżeli mówimy o tych województwach, które państwo szczególnie podnosiliście, czyli województwo opolskie, województwo lubelskie, województwo świętokrzyskie, to zwracam uwagę, że zgodnie z planem finansowym, z projektem planu finansowego, który dzisiaj Wysokiej Komisji przedstawiamy, mamy do czynienia z sytuacją następującą. W województwie – przy średniej tak, jak powiedziałem, 1677 zł na pacjenta – lubelskim mamy 1674 zł na pacjenta, czyli 3 zł na pacjenta poniżej średniej, w wojewódz-

twie opolskim – 1686 zł, czyli 9 zł powyżej średniej, w województwie świętokrzyskim 1713 zł… Słucham? Podkarpacie jest poniżej średniej. W województwie podkarpackim, na Podkarpaciu mamy na chwilę obecną 1621 zł. Niemniej tak, jak powiedziałem, te różnice w nakładach, po pierwsze, uległy istotnemu zniwelowaniu na przestrzeni ostatnich trzech lat tak naprawdę, po drugie, mieliśmy jednak do czynienia z istotnym wzrostem zasobności środków w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. Stąd też w moim przekonaniu podnoszenie dzisiaj uwagi, że nie wszystkie województwa są traktowane tak samo i w niektórych województwach dynamika przyrostu środków jest wyższa, w innych niższa, wynika wprost z algorytmu, ale z tym się nie należy w moim przekonaniu kłócić. Dlatego, że dzisiaj wszystkie województwa w zasadzie oscylują dookoła średniej. Istotną też rzeczą, jak byśmy na to nie patrzyli, jest to, jaką mamy bazę specjalistyczną w danym województwie, która pochłania więcej środków niż szpitale pierwszego czy drugiego poziomu referencyjności. I na to też musimy patrzeć. A więc zmiana algorytmu z roku 2010 absolutnie zadziałała.

I teraz odnosząc się do tego, co część z państwa posłów podnosiła, czyli podziału funduszu zapasowego, zwłaszcza już w roku 2011 do planu finansowego na rok 2012, gdzie beneficjentem zostały 3 województwa, ale szczególnym beneficjentem tak naprawdę województwo mazowieckie, musimy pamiętać, że tutaj o jednej zasadniczej rzeczy, że mimo przyznania znakomitej większości z tej puli ponad 500.000 tys. zł temu województwu w dalszym ciągu, jeżeli spojrzymy na dynamikę przyrostu środków w poszczególnych województwach, to województwo mazowieckie kształtowało się na jednym z ostatnich miejsc, nie jestem w stanie w tym momencie powiedzieć, czy na ostatnim, ale na jednym z ostatnich miejsc. Natomiast gdybyśmy tego nie zrobili, mielibyśmy do czynienia z sytuacją, że plan rok do roku w tym województwie byłby po prostu mniejszy. O tym też trzeba… Tylko tu jest zawsze dyskusja, panie pośle, polegająca na tym, czy jeżeli ktoś miał na dany dzień w danym roku zakontraktowane określone środki na leczenie, to jeżeli je zmniejszymy, to co się wydarzy? Aczkolwiek, mówię, zgadzam się z jedną kwestią, mianowicie tym, że algorytm funkcjonujący i podział powinien być zaburzany w możliwie najmniejszy sposób. Dlatego, że instrumentem do wyrównywania kosztów udzielonych świadczeń dla pacjentów spoza województwa powinno być rozliczanie kosztów migracyjnych i tak naprawdę przy zmianie z roku 2009 pracowaliśmy. Co do tego zgoda, natomiast jeżeli chodzi o formalnoprawne podstawy zmiany podziału środków z funduszu zapasowego czy z rezerwy ogólnej Narodowego Funduszu Zdrowia, to tutaj, jak byśmy na to nie patrzyli, odbywa się to *lege artis*, niemniej myślę, że na tę okoliczność głos będzie chciała zabrać jeszcze pani prezes, co zrobić, żeby nie zaskakiwać czy opinii publicznej, czy państwa posłów propozycjami takich zmian.

Chciałbym też odnieść się do kwestii nadwykonań, bo bardzo często używamy sformułowania nadwykonania jako słowo-klucz. To znaczy nadwykonanie – procedura została wykonana, a nie została zapłacona i kiedy zostanie zapłacona. Zwracam uwagę na jedną rzecz, że w przypadku nadwykonań nadwykonanie nie jest żadnym zobowiązaniem formalnprawnym Narodowego Funduszu Zdrowia do tego, żeby udzielić zapłaty za świadczenie. Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktując świadczenia, podpisuje umowy, poza oczywiście zakresami nielimitowanymi, do określonej wysokości. I musimy pamiętać oczywiście o jednej rzeczy, że oczywiście te uzasadnione nadwykonania powinny być w miarę możliwości, w miarę zasobności środków oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia pokrywane. Jednak pamiętajmy też o jednej rzeczy, że w przypadku, kiedy sprawy trafiają do sądów i są rozstrzygane przez sądy powszechne, gdzie szpitale wnoszą o zapłatę właśnie za tak zwane nadwykonania, statystyki są tutaj nieubłagane, to znaczy szpital wygrywa jedną na pięć spraw, a więc sądy zasądzają około 20% roszczeń, które są w ogóle przez szpitale podnoszone i zgłaszane.

Natomiast odnośnie do uzdrowisk, prywatyzacji uzdrowisk i dynamiki środków w Narodowym Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na zakres lecznictwa uzdrowiskowego, tak naprawdę główny podnoszony problem, jeśli chodzi o lecznictwo uzdrowiskowe, to niska frekwencja w ośrodkach uzdrowiskowych dla dzieci, w szpitalach uzdrowiskowych dla dzieci, brak zgłaszających się dzieci do lecznictwa uzdrowiskowego, gdzie przyczyn jest co najmniej kilka. Jedną z przyczyn jest to, że dla każdego rodzica, jeżeli

dziecko dostaje skierowanie do leczenia uzdrowiskowego jest to pewien problem, bo rodzic musi sobie zorganizować taki wyjazd jako opiekun osoby, która jest leczona. Druga przyczyna to to, że tak naprawdę, jeśli chodzi o lecznictwo uzdrowiskowe, mamy malejącą ciągle, niewielką i malejącą ciągle liczbę skierowań do lecznictwa uzdrowiskowego. I teraz oczywiście można dyskutować na temat tego, czy jest to efekt poprawiającego się stanu zdrowia dzieci, czy jest to efekt niechęci bądź nieprzygotowania lekarzy, którzy po prostu nie kierują małych pacjentów do leczenia uzdrowiskowego, ale to też znowu na dłuższą dyskusję. Natomiast trzecim elementem, który dostrzegamy, jest zbyt niska wycena świadczeń w zakresie: lecznictwo uzdrowiskowe dla dzieci, i to jest to, co tak naprawdę w planie finansowym w zakresie lecznictwo uzdrowiskowe na rok 2013 jest realizowane. To znaczy w sposób istotny zwiększamy koszty osobodnia dla pobytu dziecka w sanatorium bądź w szpitalu uzdrowiskowym i to jest główna składowa tej wysokiej dynamiki przyrostu środków, jeśli chodzi o lecznictwo uzdrowiskowe, to co państwo pokazywali.

Prywatyzacja 7 uzdrowisk, czy 6 uzdrowisk, które na dzisiaj są jednoosobowymi spółkami Skarbu Państwa, nie ma tutaj absolutnie nic wspólnego. Przy czym musimy tutaj pamiętać o jednej rzeczy. Jeżeli spojrzymy na lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce, to spośród 26 spółek, które były spółkami Skarbu Państwa, dzisiaj większość spółek to spółki prywatne. W odniesieniu do 4 spółek są prowadzone procesy prywatyzacyjne, 6 nie jest sprywatyzowanych. Ponad połowa uzdrowisk to są uzdrowiska, które są w rękach prywatnych, co więcej, mamy do czynienia z całą rzeszą podmiotów, które nigdy nie były podmiotami państwowymi, dla których państwo, Skarb Państwa nigdy nie był właścicielem, a które kontraktują świadczenia z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, a więc kwestia prywatyzacji bądź braku prywatyzacji niewielkiego wycinka spośród wszystkich podmiotów, które udzielają świadczeń z zakresu: lecznictwo uzdrowiskowe, nie ma tutaj absolutnie żadnego znaczenia. Dlatego, że te podmioty, o których mowa w odniesieniu do potencjalnej zgody na prywatyzację, stanowią tylko i wyłącznie pewien odsetek, przypuszczam, że nie przekraczający 20% wartości wszystkich kontraktów, które Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera, jeśli chodzi o kontraktowanie lecznictwa uzdrowiskowego.

Pani poseł Masłowska wskazywała na różną dynamikę przyrostu środków w różnych zakresach świadczeń. Z całym szacunkiem nie może być tak, że mamy do czynienia z pełną urawniłówką i jak pojawia się dodatkowe 4% środków w Narodowym Funduszu Zdrowia, to one są dzielone po równo. Nie, one są dzielone w taki sposób, gdzie widzimy, że jest największe zapotrzebowanie. Jeśli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną, to jesteśmy na dzisiaj pewnie przed zaproponowaniem trochę głębszych zmian, jeśli chodzi o funkcjonowanie w ogóle podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. Natomiast nie wydaje mi się na dzisiaj, żeby to była ta dziedzina ochrony zdrowia, w której prowadzenie działalności nie byłoby opłacalne, a więc byłoby wykonywane z ujemną rentownością.

W końcu odnośnie do pytań dotyczących szpitali, które zostały skomercjalizowane. My w tym momencie jesteśmy na etapie składania sprawozdania z wykonania całego planu B, a więc całego programu, który funkcjonował w latach 2009-2012, składania i przyjmowania tego sprawozdania przez Radę Ministrów. Jeżeli panie poseł, bo pani poseł Masłowska i pani poseł Zuba o to pytały, jeżeli panie by pozwoliły, to po prostu przekażemy to sprawozdanie w momencie, kiedy ono będzie przyjęte. Ono w sposób dość detaliczny i całościowy pokrywa tę materię. To chyba tyle, jeśli chodzi o mnie, panie przewodniczący. Jeżeli można, to bym prosił o udzielenie głosu pani prezes.

Przewodniczący poseł Dariusz Rosati (PO):

Dziękuję bardzo. Pani prezes, bardzo proszę.

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Dziękuję bardzo. Postaram się po kolei, omijając już lub, jak pan minister wskazał, uzupełniając te kwestie, które zostały już wyjaśnione. Po pierwsze, realny wzrost nakładów jest powyżej 1%. I tu nie nazwałabym tego budżetu mimo tych braków w porównaniu z Europą, co już państwo dyskutowali tutaj, że jest nadmiernie optymistyczny, a realistyczny budżet Według aktualnych wyliczeń 1,13% to jest realny wzrost tego budżetu.

Oczywiście byłoby zdecydowanie lepiej, gdyby był wyższy, ale ma być on realistyczny i tworzony zgodnie z zasadami.

Jeśli chodzi o skutki algorytmu, to już tylko uzupełniająco, on mimo wyraźnego spłaszczenia różnic pomiędzy województwami nigdy nie doprowadzi do równości pomiędzy oddziałami, ponieważ kryteria wiekowe, zdrowotne, określenia ryzyk zdrowotnych dla konkretnych grup wiekowych oraz świadczeń wysokospecjalistycznych zawsze będą ten algorytm różnicowały jego skutki dla poszczególnych regionów. To spłaszczenie różnic jest jednak bardzo widoczne. Co warto jeszcze podać jako przykłady do najbardziej wymownego porównania *per capita*, że we wspomnianym lubelskim przy średniej wzrostu na jednego mieszkańca między rokiem 2012 a 2013 r. 42 zł wzrostu w stosunku poprzedniego roku w lubelskim to jest 62 zł wzrostu, czyli więcej niż przeciętnie. Inne wspomniane województwo świętokrzyskie jest, proszę państwa, według stawki *per capita* na drugim miejscu w kraju przed Mazowszem, też tutaj wspomnianym, o złotówkę co prawda przed Mazowszem, ale na drugim miejscu w kraju, także te różnice widać, że zadziałały. Co jeszcze warto…? Ta dynamika mimo tego, że ona nie obrazuje tak wymownie, jak stawki *per capita*, we wspomnianych województwach przez porównanie innych danych, nie tylko z tabeli na stronie 21, ale późniejszych, wskazuje… Warto popatrzyć na dynamikę od 2011 r., ponieważ część województw tutaj wspomnianych, w tym roku mając około 3,5% przy średniej 4,8%, w ubiegłym roku miało blisko 7% dynamiki wzrostu algorytmu, więc widać, że to wyrównywanie dzieje się naturalnie przy założeniu, że do pełnego wyrównania dojść nie może i nie powinno.

Kolejny problem dotyczący podstawowej opieki zdrowotnej. On jest zbliżony do realnego wzrostu, ale proszę pamiętać, że POZ w poprzednich latach miała dość zdecydowany wzrost. Na system trzeba patrzyć w perspektywie długofalowej, nie tylko jednego roku, ale i tak przy takim procencie…W krótkiej być może prezentacji wskazywałam na to, że procenty niekoniecznie obrazują istotę sprawy przy tych najbardziej, największych uczestnikach, jeżeli chodzi o rodzaj świadczeń zdrowotnych, ponieważ POZ ma wzrost o ponad 85.000 tys. zł więcej niż w poprzednim roku. To nie jest mało. W związku z tym oczywiście, gdyby była taka możliwość, chętnie byśmy przeznaczyli na nią więcej środków, ale myślę, że w POZ materiał, jeżeli będzie sprawozdawczość pełniejsza, a czas wielki, żeby była, to być może ta analiza też doprowadzi nas do lepszych wniosków. Na pewno ten wniosek, który już w tej chwili jest, to jest konieczność większego powiązania POZ z OS i ze szpitalami, ponieważ pacjent niestety między tymi uczestnikami systemu troszeczkę jest zagubiony i myślę, że tutaj POZ w tym zakresie nie tylko przez finanse, ale przez lepsze funkcjonowanie będzie miał bardzo istotny wpływ na podwyższanie jakości.

Nadwykonania 2008 – kolejny zgłoszony problem. Według stanu obecnego nie rozstrzygnięte w żaden sposób – co też chciałam podkreślić, że to nie jest zobowiązanie Funduszu, pan minister to dobitnie powiedział, bo rzeczywiście jest to problem, jakiego charakteru to są nadwykonania – ale na dziś nadwykonania nierozstrzygnięte w żaden sposób to jest 480.000 tys. zł w skali całego kraju. Dane, które mam dzisiaj przed sobą, to są dane dotyczące spraw sądowych toczonych, jeśli chodzi o nadwykonania. W całym kraju jest tendencja malejąca między końcem roku 2011 – i teraz mam dane z końca marca 2012 r. – ilość, jakby wysokość roszczeń, z jakimi się zwróciły podmioty, zmniejszyła się o 108.000 tys. zł. Na koniec ubiegłego roku to było 666.000 tys. zł Przedmiot sporu tyle wynosił, jeżeli chodzi o nadwykonania, nie mówię o pozostałych, ale to jest dominująca część spraw sądowych Funduszu. Obecnie na koniec marca (zamkniętymi kwartałami tu się posługujemy) to jest 557.000 tys. zł, czyli widzimy tendencję malejącą pozwów o nadwykonania. One same jako zjawisko oczywiście są niekorzystne, ale trzeba, proszę państwa, też się wgłębić tak naprawdę, o co chodzi. Poprosimy… Jestem od niedawna, ale to oczywiście nie oznacza, że nie mamy pełnych danych, ale poprosiłam teraz o wnikliwszą analizę nadwykonań z podziałem na zakresy, ponieważ trudno się dyskutuje także w sądzie na przykład z nadwykonaniami dokonanymi na oddziale intensywnej terapii, ale już bardzo dobrze można dyskutować z nadwykonaniami na oddziale ortopedii, gdzie tak naprawdę, dobrze zarządzając listą oczekujących i wiedząc,

ile ma się przypadków nagłych, a nigdzie na ortopedii nie ma 100% nagłych, można nadwykonaniom zapobiegać i tych sporów szpitale raczej nie są w stanie wygrać.

Padło pytanie o koszty. Te 20%, o których pan minister powiedział, to łącznie z kosztami procesowymi, w tym kosztami zastępstwa, odsetkami i kwotą główną, to jest 20% spraw sądowych, które są dla podmiotów wygrane. Nie chcę powiedzieć, że to jest dobry wynik dla Funduszu, bo nie zmniejsza to wagi problemu, ale rzeczywiście świadczy to o tym, że jak przychodzi do rozmowy o konkretnych pacjentach i konkretnych świadczeniach, to jest to dowodowo dosyć także dla podmiotów skomplikowane.

Kwestia niedoszacowania. Oczywiście taryfikacja i wycena świadczeń jest rzeczą, którą należy rozwijać. Tu wspomniałam w czasie poprzedniej wypowiedzi, że apelujemy także do świadczeniodawców, żeby te swoje koszty pokazywali, żeby dążyć do tego, żeby ta wycena była wiarygodna – wtedy trzeba przedstawić wycenę przynajmniej 300 świadczeń w tym zakresie i najlepiej, żeby to było od różnych świadczeniodawców, i takie wysiłki niektóre szpitale podejmują. O nie apelujemy. Trzeba jednak pamiętać, że to doprowadzenie do realnej wyceny powinno prowadzić do podwyższenia w niektórych zakresach oraz do obniżenia w innych, ponieważ mamy także świadomość przeszacowanych procedur, tylko koszty są potrzebne, rzetelnie przedstawione koszty.

Co do efektów przekształceń, to pan minister też już o tym mówił. Powiem tylko, że Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązuje zasada równego traktowania bez względu na formę własności. Nie widzimy specjalnie różnic czy problemów z tego wynikających. Zresztą ta forma własności jest zróżnicowana. Są samorządowe niepubliczne, które właściwie w strukturze i zainteresowaniach, jeżeli chodzi o zakresy świadczeń, nie różnią się od typowo publicznych. Dla Funduszu ma to oczywiście znaczenie, bo z tymi podmiotami się negocjuje. Często tendencja u niepublicznych jest taka, żeby o tych kosztach mówić częściej i może bardziej szczegółowo, i akurat ta tendencja jest dobra. Co do zasady jednak nie rolą Funduszu jest tworzenie rynku świadczeniodawców. Często słyszę i w sumie się z tym zgadzam, że Fundusz ma być płatnikiem, a nie kreatorem rynku, w związku z tym w rynek świadczeniodawców Fundusz nie wnika.

To samo dotyczy leczenia uzdrowiskowego. Ta zmiana struktury nie powinna wpłynąć. A wzrost o 30… Procentowo wygląda to poważnie, ale w sumie to jest 35.000 tys. zł w skali roku, w skali całego kraju i dotyczy tak, jak pan minister powiedział, głównie świadczeń dla małych pacjentów. Tutaj nasze analizy muszą prowadzić dalej, bo rzeczywiście jest to niedobre, że tych dzieci jednak za mało jest kierowanych do leczenia sanatoryjnego. Nie sądzę, żeby rzeczywiście nie było takiej potrzeby.

Chciałam jeszcze wrócić do struktury świadczeniodawców. Nie jest to Funduszowi obojętne w takim sensie, żeby nie zabezpieczyć danego rejonu właściwie. Bez względu na formę własności istotne jest, żeby mając świadomość, jakich świadczeń w danym rejonie brakuje, co nie znaczy, że w każdym rejonie ma być to samo, ponieważ wysokospecjalistyczne powinny być możliwie konsolidowane, ale bywa tak, że Fundusz sam wskazuje, że gdyby powstał podmiot czy rozszerzył działalność w jakimś konkretnym zakresie, którego ewidentnie w planie brakuje, byłoby to bardzo wskazane bez nacisku na formę własności.

Padło pytanie o wpływ w 2012 r. Mówimy dzisiaj o 2011 r. i 2013 r., ale trudno być może chociaż jednym pytaniem pominąć ten 2012 r. W związku z tym zmniejszenie wpływów rzeczywiście obserwujemy. Nie jest to optymistyczne zjawisko. Na razie z racji wysokości funduszy jest to sytuacja bezpieczna. Po zamknięciu pierwszego półrocza jest to kwota według danych posiadanych przez Fundusz głównie z ZUS i KRUS 540.000 tys. zł. Obserwujemy tę tendencję bardzo bacznie. Wygląda ona w miesiącach bardzo różnie. W czerwcu nieco lepiej niż w poprzednich miesiącach tendencja nadal jest poniżej prognozy, jednak lepiej niż w czterech poprzednich miesiącach. Zawsze druga połowa roku była lepsza, także na to liczymy. Rzeczywiście taka tendencja jest i podajemy ją do publicznej wiadomości. Te dane, które się ukazują w niektórych miejscach są przesadzone. Obecnie jest to kwota 540.000 tys. zł.

Co do uprzywilejowanych procedur. Onkologii nie nazwałabym nigdy uprzywilejowaną. Tam wzrost jest widoczny na przestrzeni ostatnich lat, w budżecie tego roku również. Część oddziałów, które przeprowadziły kontrakty w ubiegłym roku, bardzo dużą część

swojego budżetu przy nowym podziale przeznaczyły na zakresy, na onkologię. Myślę, że to jest dobra tendencja, bo tam kolejki oczekujących powinny być najkrótsze albo żadne. Jest to w tej materii najtrudniejsza dziedzina. Oczywiście druga wspomniana kardiologia też będzie analizowana, ponieważ nielimitowane świadczenia kardiologiczne rosną wręcz niepokojąco. Nie przystają do sytuacji epidemiologicznej, więc myślę, że akurat kardiologia wymaga baczniejszego przyjrzenia się niż onkologia, na którą jakiekolwiek środki by nie były, nigdy nie powiemy, że jest przeszacowana i że są one za duże.

Co do funduszu zapasowego i rezerwy ogólnej ich przeznaczenie ustawowe jest w ustawie wskazane. Ponieważ pan minister też o tym powiedział, chciałam zadeklarować, że przestrzegając zapisów ustawowych, które w przypadku dysponowania funduszem zapasowym wyraźnie jest tam *lex specialis* wyłączająca zmianę spod opiniowania, co nie znaczy, że ta informacja, i to mogę zadeklarować, informacja przekazana także do Komisji powinna być pełna i rzetelna, żebyście państwo taką wiedzę mieli i opinia publiczna również. Czasami nawet trudne decyzje, jak się je próbuje przedstawić możliwie rzetelnie, to one są bardziej przyswajalne, więc takie działania będziemy podejmowali.

Przy okazji funduszu zapasowego i rezerwy ogólnej chciałam wspomnieć tylko jednym zdaniem o rezerwie migracyjnej, ponieważ nie na tej Komisji, która z istoty rzeczy może tę finansową część ustawy po prostu zna lepiej, ale jest taka rezerwa migracyjna, która w pozycji budżetu jest osobno zapisana i później jest ona wkrótce uwalniana na poszczególne oddziały na wnioski dyrektorów. To nie znaczy, że my zaraz plan zmieniamy. To tylko oznacza, że po prostu ta rezerwa zatwierdzona w planie …zmiana jakby w prezentacji, jak pan dyrektor mi tutaj podpowiada. Te same pieniądze są jakby rozdysponowane na oddziały. Wcześniej oddziały szacują tę migrację. Dzięki podejmowanym w ostatnim czasie działaniom migracja jest też lepiej i szybciej rozliczana. W tej chwili wszystkie oddziały – tylko w jednym województwie jeden mały zakres jest jeszcze rozliczany – wszystkie oddziały rozliczyły migrację za rok miniony, także to dosyć sprawnie przebiega. Lepiej także oddziały wskazują potrzeby w dwóch kierunkach: ile osób z zewnątrz się u nich leczy, a ile jest wysyłanych poza te oddziały. Wspomniane tutaj województwo, które ma w zakresie psychiatrii niewystarczający wzrost – on akurat nie jest moim zdaniem niewystarczający, możemy tutaj jeszcze zaraz dokładne dane podać – ale to wynika także z tego, że właśnie ten jeden zakres nie jest rozliczony jeszcze w migracji, ponieważ to województwo ma tylko jeden ośrodek, który leczy w tym zakresie, i generalnie pacjenci z tego województwa leczą się w innych, tak? W tej chwili trwa rozliczanie tej migracji, ale patrząc na pozycję w planie plus migrację – być może w samym planie to tak wygląda, ale większość pacjentów psychiatrycznych z tego województwa jest leczonych w innych województwach – więc jak to się zsumuje, to będzie widać po uwolnieniu tej migracji właśnie. Wtedy proszę spojrzeć na ten plan i psychiatria już będzie dobrze wyglądała w tym województwie.

Co do kolejnych pytań dotyczących tutaj odniesienia się do konstytucji, to Narodowy Fundusz Zdrowia jest właśnie tą instytucją tam wskazaną w cytowanym przepisie, która realizuje ustawę, która te zasady ma określać. Rzeczywiście bardzo istotne jest, żeby ustawy były zgodne z tą zasadą. Pamiętamy drugą z kolei, bo to już jest nasza trzecia ustawa regulująca kwestię ubezpieczenia zdrowotnego. Druga ustawa tego powodu przestała obowiązywać, że Trybunał Konstytucyjny zarzucił sprzeczność większości jej zapisów właśnie z tym zapisem konstytucji. Ta następna ustawa już jej sprostała, także przez to, że koszyki, czyli zakres świadczeń przysługujący pacjentom jest określony w rozporządzeniach, a nie robi tego samodzielnie niskiej rangi aktem prawnym – zarządzeniem, NFZ.

Oczywiście kwestia limitów. Te limity i ograniczone środki – zresztą w większości systemów tak jest, jeżeli nie we wszystkich – wynikają także z ustawy. To nie jest nieograniczona liczba pieniędzy, ale na te grupy, które padły w pytaniu, czyli dzieci, osoby niepełnosprawne, mamy świadomość, że na te grupy powinien być szczególny nacisk, żeby limity czy czasy oczekiwania na świadczenia były mniejsze. Tak, jak podaliśmy tu przy założeniach, kwestia uzdrowisk dla dzieci czy AOS, ale także na przykład materiałów. O tym nie wspomniałam, a to także jest w planie wskazane: środki ortopedyczne

wspierające niepełnosprawnych, środki i materiały – jest bardzo wyraźny wzrost w budżecie na ten cel, żeby właśnie te szczególne grupy wzmocnić.

Co do kosztów pracy, to jest dość zaskakująca informacja i niezgodna z obowiązującym stanem prawnym. Fundusz płaci za usługę, za procedurę, czy ryczałtowo za gotowość do pewnych świadczeń, i podmiot, negocjując i podając swoje koszty, uwzględnia tam koszty pracy. Jest oczywiste, że to jest wynagrodzenie obejmujące koszt procedury i – o tych kosztach tutaj nie będę już się powtarzać – im lepiej znamy te koszty, tym lepiej te procedury będą wyceniane.

O psychiatrii już powiedziałam, o algorytmie i rozwiązaniu rezerwy również, o równych traktowaniu, tak. O kolejkach! Proszę państwa, generalnie ograniczone środki i tak nie zmniejszą czy nigdy nie zlikwidują kolejki. Kolejka niestety jest wpisana w ten system. Mamy jednak na uwadze to, że one powinny się zwłaszcza w tych zakresach bardzo potrzebnych zmniejszać. To dotyczy przywołanej tutaj onkologii, gdzie kolejki powinny być zminimalizowane, albo nie powinno być ich wcale. Ale na przykład wzrost środków ponad przeciętną na ambulatoryjną opiekę zdrowotną temu właśnie ma służyć jak i działania wewnątrz Funduszu takie, żeby rzeczywiście ci pacjenci najbardziej potrzebujący, kiedy trzeba, szli do specjalisty, rozdzielając to wyraźnie między specjalistykę, POZ i szpitalną opiekę zdrowotną. Także te priorytety wynikające z państwa pytań też w budżecie, w planie budżetu są uwzględnione. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Dariusz Rosati (PO):

Niech pani siądzie przy stole, pani poseł.

Poseł Gabriela Masłowska (PiS):

Pani prezes, mówi pani o preferencjach dla dzieci, mówiąc krótko. W sytuacji braku opieki stomatologicznej w szkole i obniżaniu świadczeń na tego typu usługi mamy po prostu katastrofalną sytuację, jeśli chodzi o stan jamy ustnej u dzieci, nie tylko już u dorosłych. Czy państwo tego nie zauważacie!? Z roku na rok ta stomatologia jest spychana, ponieważ odpłatność w gabinetach prywatnych nie jest w zasięgu wielu, wielu rodzin. Tylko w tym kontekście chciałam zwrócić na to uwagę. Przepraszam bardzo, wysłucham odpowiedzi z nagrania.

Przewodniczący poseł Dariusz Rosati (PO):

Dobrze, dziękujemy za pytanie. Tak, powiedziała, że wysłucha odpowiedzi z nagrania. Widocznie katastrofa nie jest tak poważna, jeżeli mogę tak powiedzieć. Proszę bardzo.

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Jeśli chodzi o stomatologię wzrost zaplanowany w budżecie rzeczywiście nie jest zbyt duży. Jest to niewiele więcej niż na poziomie tego roku. Zresztą w niektórych oddziałach był także problem z zakontraktowaniem tych usług, ale ten problem zgłaszany zwłaszcza w opiece stomatologicznej dziecięcej rzeczywiście jest przez Fundusz również zauważony i w tej chwili trwają prace nad rozporządzeniem w sprawie koszyka stomatologicznego, gdzie Fundusz zgłasza także potrzebę, przez ministerstwo – myślę – też zauważoną, żeby tę stomatologię dziecięcą wzmocnić. Ten koszyk jest w tej chwili w trakcie uzgodnień zewnętrznych, także to nie jest dziedzina niezauważona ani przez Ministerstwo, ani przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Dariusz Rosati (PO):

Dziękuję bardzo.

Poseł Jan Łopata (PSL):

A fundusz zapasowy, a dżentelmeńska umowa?

Przewodniczący poseł Dariusz Rosati (PO):

Przecież jest, przecież była mowa.

Poseł Jan Łopata (PSL):

Przepraszam, nie słyszałem.

Przewodniczący poseł Dariusz Rosati (PO):

Dziękujemy pani prezes za deklarację, że informacja będzie. Wprawdzie prawo wyraźnie stanowi, że opinia nie jest wymagana, ale pani prezes deklarowała, za co dziękuję, że będzie nas informować.

Proszę państwa, w związku z tym proponuję przyjęcie opinii w następującym brzmieniu. Mamy dwie opinie i proponuję łącznie je przedstawiać, znaczy jedną za drugą. Poproszę Komisję o ustosunkowanie się. Pierwsza opinia to jest opinia Komisji Finansów Publicznych do Ministra Finansów w sprawie sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r.

„Komisja Finansów Publicznych na posiedzeniu w dniu 26 lipca 2012 r. zapoznała się ze sprawozdaniem z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowa za 2011 r.

Komisja Finansów Publicznych na podstawie art. 130 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pozytywnie opiniuje przedstawione sprawozdanie".

To jest pierwsza opinia dotycząca sprawozdania.

I druga opinia. Czytam projekt.

„Opinia Komisji Finansów Publicznych do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013. Komisja Finansów Publicznych na posiedzeniu w dniu 26 lipca 2012 r. rozpatrzyła wniosek prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 lipca 2012 r. dotyczący projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013.

Komisja Finansów Publicznych na podstawie art. 121 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych pozytywnie opiniuje projekt planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013 przedstawiony we wniosku".

Chciałem zapytać, czy Wysokie Komisje… Kto z członków, przepraszam, Wysokiej Komisji jest przeciwny przyjęciu opinii w przedstawionym brzmieniu? Jeżeli nie usłyszę sprzeciwu, a nie słyszę sprzeciwu, to rozumiem, że Komisja przyjęła obie opinie w zaproponowanym kształcie.

Bardzo dziękuję. Na tym zamykam posiedzenie Komisji. Dziękuję bardzo.